

Die insuffizienten akzessorischen Stammvenen – Bedeutung für Beschwerden, Hautveränderungen und Therapieoptionen

T. Hirsch, Praxis für Innere Medizin und Gefäßkrankheiten, Venen Kompetenz-Zentrum®, Halle/Saale

▲ Einleitung

Parallel zur V. saphena magna (VSM) erfolgt die Drainage des epifaszialen Venenblutes am Oberschenkel über zwei akzessorische Venen: die Vv. saphenae accessoriae anterior (VSAA) und posterior (VSAP). Die V. saphena accessoria lateralis (VSAL) stellt einen Seitenast der VSM oder der VSAA dar. In der angelsächsischen Literatur werden überdies die Bogenvenen als crurale akzessorische Saphenavenen angesehen (1).

Während eine klinisch relevante isolierte Insuffizienz der VSAP praktisch nicht vorkommt, stellt die Erkrankung der VSAA eine therapeutische Herausforderung insbesondere in Hinblick auf die endovenösen Behandlungsmethoden dar.

Klinische Bedeutung der akzessorischen Saphenavenen

Eine insuffiziente VSAP kann den proximalen Insuffizienzpunkt einer inkompletten Stammvarikose der VSM determinieren und bei simultanem Vorliegen einer inkompetenten V. femoro-poplitea zur Ausbildung einer Giacomini-Anastomose führen. Ihre klinische Bedeutung ist

gering. Die hämodynamische Ausschaltung erfolgt mit der offen-chirurgischen oder endovenösen Behandlung der VSM, ggf. zusätzlich der V. saphena parva.

Demgegenüber hat die Varikose der VSAA eine eigenständige klinische Bedeutung. Ihr Reflux entstammt der Magnacrosse (proximaler Insuffizienzpunkt, Stadium I nach Hach, Crossentyp 1 nach Stücker (2)), in welche sie direkt oder als erster Ast der V. epigastrica superficialis einmündet.

Das pathomorphologische Korrelat stellt die Inkompetenz der terminalen Mündungsklappe der VSM dar (Abb. 1), welche selbst nicht pathologisch verändert sein muss. Der Reflux ist in ausgeprägten Fällen über die VSAL, mediale Kollateraläste oder eine Anastomose mit der VSM bis zum Unterschenkel zu verfolgen. Wenngleich eine konsekutive Drucküberlastung der Leitvenen aufgrund des kurzen tubulären Gefäßsegmentes nicht zu beobachten ist, werden Varikophlebitiden in bisweilen bizarr gecoilten Venektasien am ventralen Oberschenkel beobachtet. Ebenso kann die Varikose der VSAA zu Ödemausbildung und trophischen Hautveränderungen führen (Abb. 2). Daraus ergibt sich die Indikation zur operativen bzw. interventionellen

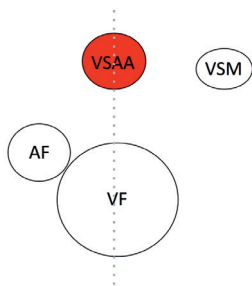
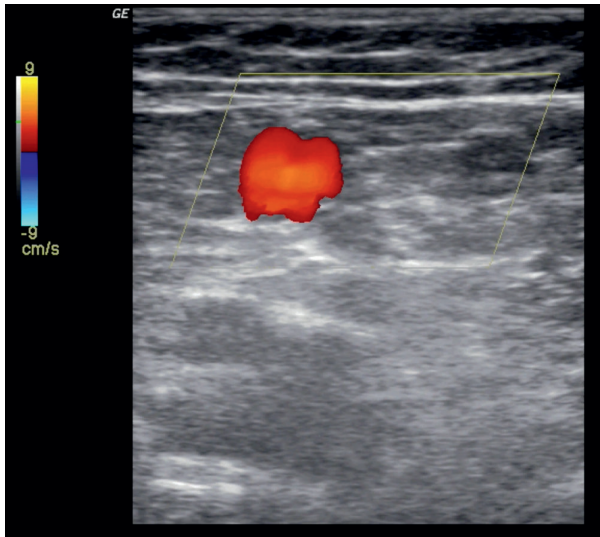


Abb. 1: Duplexsonographie der Magna-Crosse im Transversalschnitt: Die VSAA befindet sich auf einer Linie mit den Femoralgefäßen („Alignment sign“), die VSM medial. Im Valsalva-Manöver stellt der Farbdoppler den Reflux in die VSAA dar. Die VSM ist kompetent (kein Signal).

Behandlung. *Schul et al.* wiesen in einer der wenigen zur Verfügung stehenden Untersuchungen in einer Single-centre-Studie nach, dass es zwar Unterschiede in den Kollektiven gibt, die von einer Varikose der VSM bzw. der VSAA betroffen sind, nicht aber in Bezug auf den klinischen Schweregrad (3).

Stellenwert der endovenösen Behandlung

Klassischerweise besteht die Therapie der insuffizienten VSAA in der Crossektomie und Phlebektomie. Aufgrund der häufig nur sehr kurzen gestreckten Gefäßanteile ist ein Stripping selten möglich. Seit der Entwicklung der Radial-Lasersysteme, welche ggf. ohne Schleuse auskommen und nur eine sehr kurze Vorlaufstrecke benötigen, steht neben der Schaumsklerotherapie (DGSV) eine wirksame endovenöse Behandlungsoption zur Verfügung. In geeigneten Fällen sind auch RFA-Katheter mit kurzem Thermosegment geeignet. *Gibson et al.* kommen in einem aktuellen Review (sechs Studien, 940 behandelte Beine) zu der Schlussfolgerung, dass die Varikose der VSAA auch bezüglich Behandlungsmodalität der Magna-Varikose gleichzusetzen ist und übertragen die Behandlungsempfehlungen (ELT/RFA first-line, alternativ DGSV) in einer ACP-Leitlinie auf die Therapie der erkrankten VSAA (4).



Abb. 2: C4-Varikose der VSAA mit kaliberstarken gewickelten Ästen am ventralen Oberschenkel und konsekutiven trophischen Hautveränderungen am ventromedialen Unterschenkel.

Fazit

Sowohl in Bezug auf die pathologische Bedeutung als auch hinsichtlich der Behandlungsoptionen sind die akzessorischen Stammvenen der VSM gleichzusetzen. Die endovenöse Behandlung stellt eine zeitgemäße Alternative zur klassischen Chirurgie dar.

Literatur

1. Caggiati A, Bergan J et al. Nomenclature of the veins of the lower limb: Extensions, refinements and clinical application. *J Vasc Surg* 2006;41:719-724.
2. Stücker M et al. New concept: different types of insufficiency of the saphenofemoral junction identified by duplex as a chance for a more differentiated therapy of the great saphenous vein. *Phlebology* 2013;28:268-274.
3. Schul MW, Schloerke B, Gomes GM. The refluxing anterior accessory saphenous vein demonstrates similar clinical severity when compared to the refluxing great saphenous vein. *Phlebology* 2016;31(9):654-659.
4. Gibson K, Khilnani N, Schul M et al. American College of Phlebology Guidelines – Treatment of refluxing accessory saphenous veins. *Phlebology* 2016. Online-first. DOI:10.1177/0268355516671624

Korrespondenzadresse

Dr. med. Tobias Hirsch
Praxis für Innere Medizin und
Gefäßkrankheiten
Venen Kompetenz-Zentrum®
Leipziger Straße 5, 06108 Halle/Saale
E-Mail: info@gefaessmedizin-hirsch.de

